

**PROPOSTA DE ASSOCIADO CONTRIBUINTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

Sexo: ( )Feminino ( )Masculino

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Cel./Whats \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Forma de comunicação - Assinale abaixo a alternativa de sua preferência:**

- ( ) Quero receber todos os Comunicados, Informativos e Convites da AFFESC **DIGITALMENTE**, por e-mail e/ou WhatsApp.  
( ) Quero receber todos os Comunicados, Informativos e Convites da AFFESC **FISICAMENTE** em material impresso, por Correio.

Cargo: \_\_\_\_\_ ( )Ativo ( )Aposentado

Lotação: \_\_\_\_\_ GERFE/ Exercício: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_

Já foi filiado à AFFESC ( )Sim ( )Não

Aceita as condições apresentadas nos Regulamentos AFFESC e Estatuto Social? ( )Sim ( )Não

Pretende ingressar no Plano de Saúde Unimed? ( )Sim ( )Não

Pagamento em Déb. Automático, **preencher anexo I**: ( )Banco do Brasil ( )Sicoob(Ag. 3258)Pretende contribuir com o plano de Auxílio Funeral AFFESC: ( )Sim, **preencher anexo II** ( )Não**DEPENDENTES - AUTORIZAÇÕES DE VISITAS E SOLICITAÇÃO DE RESERVA****Nome:** \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Cel./Whats: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ **Aut. fazer reservas** ( )Sim ( )Não**Nome:** \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Cel./Whats: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ **Aut. fazer reservas** ( )Sim ( )Não**Nome:** \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Cel./Whats: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ **Aut. fazer reservas** ( )Sim ( )Não**Nome:** \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Cel./Whats: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ **Aut. fazer reservas** ( )Sim ( )Não

Assinatura Resp. Financeiro: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Proposta Aprovada em Reunião de: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Dir. Administrativo: \_\_\_\_\_

Dir. Presidente: \_\_\_\_\_

## **Anexo I proposta Associado**

### **AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE BANCÁRIA**

*Autorizo a ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS FISCAIS DO ESTADO DE SANTA CATARINA – AFFESC a debitar em minha conta corrente bancária, abaixo especificada, a importância correspondente ao extrato mensal que me será entregue e/ou disponibilizado antecipadamente ao débito autorizado.*

*Comprometo-me a manter fundos na conta corrente, suficientes no mínimo para saldar o débito em conta, no dia marcado para desconto.*

*Outrossim, ocorrida insuficiência de fundos que impeça a efetivação do débito na conta corrente, renuncio a qualquer direito ficando a AFFESC autorizada a cancelar os benefícios que determinarem o débito na conta corrente.*

*A presente autorização é dada por prazo indeterminado, cessando seus efeitos, total ou parcialmente, quando se extinguirem os efeitos que lhe deram causa.*

Nome: \_\_\_\_\_

Matricula: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Banco:      ( ) **Banco do Brasil**                      ( ) **Sicoob** (somente Ag. 3258)

Nº da Agência Bancária: \_\_\_\_\_ Nº da conta corrente: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Anexo II proposta Associado**  
**Termo de Adesão e indicação de Beneficiários**  
**Auxílio Funeral AFFESC**

Através deste termo solicito minha inclusão no Plano de Auxílio Funeral da Associação dos Funcionários Fiscais do Estado de Santa Catarina – AFFESC, conforme determina os incisos II, VII e VIII, do Artigo 3º do Estatuto Social e Art. 3º do Regulamento pertinente.

Declaro que li e aceito os termos do Regulamento do Plano de Auxílio Funeral da Associação e indico os seguintes beneficiários para recebimento e quitação dos valores cabíveis:

<u>PERCENTUAL</u>	<u>NOME COMPLETO</u>	<u>PARENTESCO</u>
01- _____ %	_____	_____
02- _____ %	_____	_____
03- _____ %	_____	_____
04- _____ %	_____	_____
05- _____ %	_____	_____
06- _____ %	_____	_____

E por ser verdade, firmo a presente declaração.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura Associado**

Dados do Associado:

Nome Completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

**Obs.: ao preencher este termo separado da proposta de filiação (adesão do plano funeral posterior à filiação ou atualização de beneficiários) anexar cópia simples do documento de identificação do associado**